

ПСИХОГЕННОЕ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ

СИТДИКОВА АЛИНА ИЛСУРОВНА, врач-невролог Военно-врачебной комиссии ФКУЗ «МСЧ МВД России по Республике Татарстан», Россия, 420111, Казань, ул. Лобачевского, 9, тел. +7(965)-582-57-17, e-mail: alinochka_636@mail.ru

ЗАКИРОВА ДИЛЯРА РЕНАТОВНА, зав. отделением неврологии ФКУЗ «Клинический госпиталь МСЧ МВД России по Республике Татарстан», Россия, 420043, Казань, ул. Оренбургский тракт, 132, тел. +7(987)-066-73-08, e-mail: dilyara.zakirova555@yandex.ru

ИКСАНОВА ЕКАТЕРИНА НИКОЛАЕВНА, врач-невролог отделения неврологии ФКУЗ «Клинический госпиталь МСЧ МВД России по Республике Татарстан», Россия, 420043, Казань, ул. Оренбургский тракт, 132, тел. +7(906)-116-24-21, e-mail: iksanova_en@mail.ru

ХУЗИНА ГУЛЬНАРА РАШИДОВНА, канд. мед. наук, доцент кафедры неврологии и реабилитации ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420111, Казань, ул. Бутлерова, 49, тел. +7(987)-296-43-86, e-mail: gkhuzina@yandex.ru

Реферат. Цель исследования — анализ коморбидности психогенных головокружений и пограничных расстройств личности, представлены клинические особенности и принципы дифференциальной диагностики многофакторного психопатологического синдрома, имеющего высокую распространенность в неврологической практике. **Материал и методы.** В исследовании принимали участие пациенты с нарушениями движения, координаторными расстройствами и синдромом несистемного головокружения. Всем больным проводилось общеклиническое неврологическое обследование, нейрофункциональные методы дополнительного обследования (ЭЭГ, ЭхоЭС, ТКДГ, ЭКДС, методы нейровизуализации), а также психофизиологическое тестирование. **Результаты и их обсуждение.** Психогенные головокружения чаще всего возникают как неопределенные ощущения, описываемые как головокружения, которые наиболее часто встречаются при невротических или стресс-обусловленных расстройствах. Наиболее частой причиной психогенного головокружения являются тревожные расстройства, неврозы и аффективные нарушения, при этом органические изменения со стороны центральной нервной системы всегда отсутствуют. В ряде случаев психогенные головокружения сочетаются с клинической картиной нейрогенных обмороков и предобморочных состояний на фоне затяжных невротических расстройств. **Заключение.** Учитывая высокую распространенность головокружения в общемедицинской практике в целом, проблема распознавания головокружений психогенной природы является актуальной и прогностически значимой. Все указанные расстройства коморбидны и могут прогрессировать при отсутствии адекватной терапии, в этой связи наряду со своевременной диагностикой органических нарушений со стороны ЦНС большое значение имеют методы психофизиологического обследования и выбор адекватной медикаментозной терапии и психокоррекционной реабилитационной помощи.

Ключевые слова: головокружение, тревога, дезадаптация, координация, неустойчивость.

Для ссылки: Психогенное головокружение: клинические особенности и принципы диагностики / А.И. Ситдикова, Д.Р. Закирова, Е.Н. Иксанова, Г.Р. Хузина // Вестник современной клинической медицины. — 2015. — Т. 8, вып.6. — С.76—79.

PSYCHOGENIC VERTIGO: CLINICAL FEATURES AND PRINCIPLES OF DIAGNOSTICS

SITDIKOVA ALINA I., neurologist of Military medical commission of Russian Interior Ministry in the Republic of Tatarstan, Kazan, Russia, tel. +7(965)-582-57-17, e-mail: alinochka_636@mail.ru

ZAKIROVA DILYRA R., Head of the Department of neurologic of Clinical Hospital of Russian Interior Ministry in the Republic of Tatarstan, Kazan, Russia, tel. +7(987)-066-73-08, e-mail: dilyara.zakirova555@yandex.ru

IKSANOVA EKATERINA N., neurologist of Clinical Hospital of NFM Russian Interior Ministry in the Republic of Tatarstan, Kazan, Russia, tel. +7(906)-116-24-21, e-mail: iksanova_en@mail.ru

KHUZINA GULNARA R., C. Med. Sci., associate professor of the Department of neurology and rehabilitation of Kazan State Medical University, Kazan, Russia, tel. +7(987)-296-43-86, e-mail: gkhuzina@yandex.ru

Abstract. The aim of the study this paper presents an analysis of comorbidity psychogenic dizziness and borderline personality disorders, and assessment of prediction data of pathological conditions. These disorders can be extremely difficult to differentiate from organic neurological symptoms. **Material and methods.** Psychogenic vertigo most often occur as an indefinite sensations, described as dizziness. The most common cause of psychogenic vertigo are anxiety, asthenic-depressivnii state, as a result of exhaustion of the nervous system, fatigue, and also appears in the film neurogenic syncope and presyncope States, with chronic vestibulopathy, which, as a rule, is accompanied by prolonged neurotic disorders. In these cases, it is necessary to conduct consistent and mandatory stages of diagnosis. Description of test steps. **The results and discussion.** Thus, it is possible to highlight the clinical features of psychogenic dizziness, accompanied borderline personality disorders, which will help in identifying this combined pathology. **Conclusion.** Given the high prevalence of vertigo in General practice in General, the problem of recognition of psychogenic dizziness is prognostically relevant and meaningful. All of these disorders comorbidly and can progress in the absence of adequate therapy, in this regard, along with timely diagnosis, selection of appropriate drug therapy and rehabilitation.

Key words: dizziness, anxiety, maladjustment, coordination, unsteadiness.

For reference: Sitdikova AI, Zakirova DR, Iksanova EN, Huzina GR. Psychogenic vertigo: clinical features and principles of diagnostics. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2015; 8 (6): 76—79.

Введение. В настоящее время психическое здоровье является немаловажным аспектом жизни современного человека. Психическое здоровье (духовное или душевное, иногда — ментальное здоровье), по определению Всемирной организации здравоохранения, это состояние благополучия, при котором человек может реализовать свой собственный потенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего общества [2].

В клинической практике психогенно обусловленные и пограничные психические заболевания достаточно часто сопровождаются психогенными нарушениями координации, двигательными расстройствами, а также головокружениями, для которых свойственны спонтанное (пароксизмальное) начало, фоновые состояния повышенной тревожности или астенодепрессивные нарушения. Такие расстройства могут быть чрезвычайно сложны для дифференциации с органическими неврологическими симптомами.

Состояния психической дезадаптации, сопровождающие пограничные психические расстройства, развиваются вследствие дезорганизации отдельных определяющих адаптированную психическую активность подсистем, а также при нарушении функциональных возможностей всей адаптационной системы в целом. В частности, не каждая информация или событие в количественном отношении могут являться провоцирующими факторами для развития психогенных нарушений координации, а только имеющие психогенно-эмоциогенную значимость для конкретного субъекта. Поэтому при любом невротическом и неврозоподобном расстройстве дезадаптированное реагирование человека обуславливается не столько изолированным патогенным вторжением в ту или иную часть биологической основы психической деятельности или нарушением конкретных социально-психологических взаимоотношений личности, сколько дезинтеграцией определяемой ими функциональной системы адаптированного поведения.

Результаты и их обсуждение. Психогенные головокружения чаще всего возникают как неопределенные ощущения, описываемые как головокружения, которые наиболее часто встречаются при невротических расстройствах, связанных со стрессом; наиболее частой причиной психогенного головокружения являются тревожные расстройства (возникают при неврозах и аффективных расстройствах и не имеют органических изменений со стороны центральной нервной системы); данный тип головокружения также встречается в картине нейрогенных обмороков и предобморочных состояний, при хронической вестибулопатии, которая, как правило, сопровождается затяжными невротическими расстройствами (пациент может испытывать страх перед возможным падением, который не подкрепляется наличием острой вестибулярной дисфункции). К психогенному головокружению могут быть отнесены и головокружения в результате истощения нервной системы, половых излишеств, переутомления и др.

Своеобразные ощущения головокружения сопровождаются гипервентиляционным синдромом: у больных имеется субъективное ощущение неустойчивости при ходьбе со страхом падения, так называемое «фобическое постуральное головокружение», в таких случаях, как правило, выявляются психические расстройства в виде тревожности, страхов или патологического развития личности; нередко головокружением и боязнью упасть сопровождаются депрессивные состояния (особенно маскированная депрессия), агорафобия, истерия. Психогенное головокружение может являться также одним из основных симптомов панического расстройства или быть следствием трансформации в него вестибулопатии врожденного характера. Врожденная вестибулопатия, которая является проявлением несовершенства вестибулярного аппарата, проявляется вестибулярными нарушениями с детского возраста в форме плохой переносимости транспорта (укачивание), плохой переносимости высоты, качелей и каруселей, а в дальнейшем во взрослом возрасте, вследствие тренировки вестибулярного аппарата и компенсации вестибулярных нарушений, может деактуализироваться. Однако при возникновении тревожно-депрессивных и ипохондрических нарушений могут наблюдаться различные ощущения (неустойчивость, туман в голове и др.), которые трактуются пациентами как головокружение.

Часто причиной головокружения является доброкачественное пароксизмальное головокружение (ДППГ), которое сопровождается вторичными фобическими нарушениями и может спровоцировать у эмоционально лабильной личности реактивное тревожное расстройство. В таких случаях дифференцировать первичность ДППГ может быть затруднительно, так как тревожное расстройство как реакция на неврологическое заболевание инициирует развитие психогенного головокружения несистемного типа с неустойчивостью, страхом падения, «туманом в голове» и др. В отличие от системного головокружения при ДППГ заболевание приобретает постоянное течение с периодическими атаками.

Психогенные головокружения, сопровождающие пограничные расстройства личности, в большинстве случаев вызывают диагностические ошибки и трудности в постановке диагноза. В данном случае необходимо провести последовательные и обязательные этапы диагностики. Первый этап заключается в выявлении первостепенного основного заболевания, провоцирующего последующее присоединение пограничных расстройств личности. Вторым этапом является проведение четко организованной, упорядоченной и расширенной дифференциальной диагностики психогенных головокружений, исключить поражение вестибулярной системы на любом уровне, а также других неврологических заболеваний, сопровождающихся нарушением ходьбы и равновесия. Для этого необходимо тщательное обследование пациента в большинстве случаев с привлечением специалистов-отоневрологов, кардиологов, гематологов и др., а также проведение параклинического исследования [3, 4, 5]. Третий этап — выявление пограничных психических расстройств, их этиологии

и патогенеза. Среди нарушений эмоциональной сферы наиболее частой причиной психогенного головокружения являются тревожные или тревожно-депрессивные расстройства личности. Именно частота тревоги, которая является самым частым эмоциональным нарушением, наблюдается в популяции в 30% случаев в сочетании с психогенным головокружением [7]. Наиболее часто ощущение головокружения возникает у пациентов с генерализованным тревожным расстройством. В этом случае пациент страдает от постоянных неоправданных или преувеличенных опасений за свою семью, здоровье, работу или материальное благополучие. В данном случае тревожное расстройство формируется вне зависимости от конкретного жизненного события и, таким образом, не является реактивным. Пациент с генерализованной тревогой, обращаясь к врачу-неврологу, редко сообщает о психических симптомах, а как правило, предъявляет массу соматических (вегетативных) жалоб, где головокружение может быть ведущим симптомом, либо активно предъявляет единственную жалобу на головокружение. Это происходит вследствие того, что пациента более всего настораживает ощущение головокружения, возникают мысли об инсульте или другом тяжелом заболевании головного мозга, а психогенные расстройства расцениваются пациентом как реакция на тяжелый и пока неустановленный недуг. В отдельных случаях психические расстройства выражены незначительно, а в клинической картине преобладает головокружение. Как правило, в таких случаях при детальном нейропсихологическом тестировании выявляется маскированная соматизированная депрессия.

Одной из важнейших особенностей психогенного головокружения является сочетание с расстройствами в других системах, так как соматические проявления тревоги всегда полисистемны. Поэтому умение врача увидеть, помимо жалоб на головокружение, закономерно сопровождающие расстройства в других системах, позволяет понять и выявить его клиническую суть и определить психосоматический (вегетативный) характер [8].

Таким образом, можно выделить клинические особенности психогенного головокружения, сопровождающегося пограничными расстройствами личности, которые помогут в выявлении данной сочетанной патологии. Необходимо помнить, что психогенное головокружение носит несистемный характер и может описываться как чувство легкого опьянения или страх падения, не исключены флюктуирующая неустойчивость в форме приступов (несколько секунд) или ощущение иллюзорного нарушения устойчивости тела продолжительностью в доли секунды. Психогенные головокружения могут появляться спонтанно, но часто связаны с особыми перцептивными стимулами (мост, лестница, пустое пространство) или ситуациями, которые воспринимаются пациентам как провоцирующие факторы. Кроме того, головокружения могут возникать и в положении стоя, и во время ходьбы, несмотря на удовлетворительное выполнение объективных мозжечковых тестов на устойчивость, таких как проба

Ромберга, тандемная ходьба, стояние на одной ноге, тесты Тома и др. Важной особенностью является отсутствие объективных клинических и параклинических признаков органической патологии головного мозга или соматической патологии при психогенном головокружении.

Заключение. Учитывая высокую распространенность головокружения в общемедицинской практике в целом, проблема распознавания головокружений психогенной природы является актуальной и прогностически значимой, особенно для анализа клинической картины пациентов, обращающихся к отоневрологам, неврологам, кардиологам. Очень важным является в рамках проведения дифференциального диагноза максимально подробный анализ жалоб пациента, данных анамнеза жизни и истории течения заболевания, адекватная оценка общесоматического, неврологического, психоэмоционального состояния больного. Психогенное головокружение, возникающее спонтанно, может актуализировать тревожные и фобические расстройства, и, наоборот, тревожно-депрессивные расстройства могут вызывать психогенное головокружение с высокой степенью интенсивности. Все указанные расстройства коморбидны и могут прогрессировать при отсутствии адекватной терапии, в этой связи наряду со своевременной диагностикой большое значение имеют выбор адекватной медикаментозной терапии и стратегия реабилитационной помощи, включающей аспекты психотерапевтической коррекции, эрготерапии и социальной реабилитации, что приводит к излечению или стойкой ремиссии клинических проявлений данной патологии.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получили гонорар за исследование.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Strupp, M.* Diagnosis and treatment of vertigo and dizziness / M. Strupp, T. Brandt // *Dtsch. Arztebl. Int.* — 2008. — № 105(10). — С.173—80.
2. *Oosterveld, W.J.* Current diagnostic techniques in vestibular disorders / W.J. Oosterveld // *Acta Otolaringol. (Stockh).* — 1991. — № 479. — С.29—34.
3. *Zhonghua, Nei Ke Za Zhi.* An analysis of clinical features and therapies of patients with psychogenic dizziness / *Nei Ke Za Zhi Zhonghua* // *Acta Otolaringol. (Stockh).* — 2014. — № 53 (10). — С.768—771.
4. *Парфенов, В.А.* Головокружение: диагностика и лечение, распространенные диагностические ошибки / В.А. Парфенов, М.В. Замерград, О.А. Мельников. — М.: Медицинское информационное агентство, 2009. — 546 с.
5. *Психосоматические заболевания: полный справочник* / под ред. Ю.Ю. Елисеева. — М.: Эксмо, 2003. — 605 с.

6. Парфенов, В.А. Диагноз и лечение при головокружении / В.А. Парфенов // Лечение заболеваний нервной системы: руководство для врачей. — 2009. — № 1. — С.3—8.
7. Мельников, О.А. Некоторые аспекты диагностики и лечения головокружения / О.А. Мельников // Лечащий врач. — 2000. — № 9. — С.1—4.
8. Морозова, С.В. Головокружение в практике врача-интерниста / С.В. Морозова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2003. — № 1. — P.105—110.
9. Неврология для врачей общей практики / под ред. А.М. Вейна. — М.: Эйдос Медиа, 2001. — С.456—470.
10. Филатова, Е.Г. Тревога в неврологической практике / Е.Г. Филатова // Лечение нервных болезней: руководство для врачей. — 2005. — № 1. — С.7—14.
11. Штульман, Д.Р. Неврология: учеб. пособие / Д.Р. Штульман, О.С. Левин. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — С.182—190.

REFERENCES

1. Strupp M, Brandt T. Diagnosis and treatment of vertigo and dizziness. Dtsch Arztebl Int. 2008; 105 (10): 173-80.
2. Oosterveld WJ. Current diagnostic techniques in vestibular disorders. Acta Otolaringol (Stockh). 1991; 479 (suppl.): 29-34.
3. Zhonghua Nei Ke Za Zhi. An analysis of clinical features and therapies of patients with psychogenic dizziness. Acta Otolaringol (Stockh). 2014; 53(10):768-71.
4. Parfenov VA, Zamergrad MV, Melnikov OA. Golovokrugeniye: diagnostica i lecheniye, rasprostranenniye diagnosticheskiye oshybki [Vertigo: diagnostic and treatment, common diagnostic errors.] M: Medicinskoie informacionnoe agentstvo [Moscow: Medical News Agency]. 2009; 546 p.
5. Yeliseyev VV. Psykhosomaticheskiye zabolevaniya [Psychosomatic diseases: directory]. M: Jeksmo [Moscow: Exmo]. 2003; 432 p.
6. Parfenov VA. Diagnostika i lecheniye pry golovokrugeniij [Diagnosis and treatment of dizziness]. Lechenie zabolevanij nervnoj sistemy: rukovodstvo dlja vrachej [Therapy neurological disorders]. 2009; 1: 3-8.
7. Melnikov OA. Nekotoriye aspekti giagnostici i lecheniya golovokrugeniya [Some aspects of diagnosis and treatment of vertigo]. Lechashhij vrach [Therapist]. 2000; 9: 1-4.
8. SV Morozova. Golovokrugeniye v practice vracha-internista [Vertigo in the practice of physician-internist]. Kardiovaskuljarnaja terapija i profilaktika [Cardiovascular therapy and prevention]. 2003; 1: 105-10.
9. Veyn AM ed. Nevrologiya dlya vrachej obschey praktiki [Neurology for general practitioners]. M: Jejdos Media. 2001; 27: 456-70.
10. Filatova EG. Trevoga v nevrologicheskoj practice [Anxiety in neurological practice]. Lechenie nervnyh boleznej [Therapy neurological disorders]. 2005; 1: 7-14.
11. Shtulman DR, Levine OS. Nevrologiya [Neurology]. M: MEDpress-inform. 2007; 182-190.

© А.В. Спиридонов, Л.Р. Абсалямова, И.А. Гималетдинова, 2015

УДК 616.34-008.1:303.62

СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА: ОТ МЕХАНИЗМОВ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДО ЭФФЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ

СПИРИДОНОВ АЛЬБЕРТ ВАЛЕРЬЕВИЧ, канд. мед. наук, зам. начальника Клинического госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Республике Татарстан», Россия, Казань, тел. +(843)-291-86-94, e-mail: 89046668452@bk.ru

АБСАЛЯМОВА ЛЭЙЛЭ РАВИЛОВНА, зав. отделением гастроэнтерологии Клинического госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Республике Татарстан», Россия, Казань, тел. +(843)-291-86-85, e-mail: 89046668452@bk.ru

ГИМАЛЕТДИНОВА ИРИНА АНАТОЛЬЕВНА, врач-гастроэнтеролог Клинического госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Республике Татарстан», Россия, Казань, тел. +(843)-291-86-85, e-mail: 89046668452@bk.ru

Реферат. Цель исследования — оценить эффективность предлагаемых схем терапии больных СРК с типами IBS-C и IBS-D на основании краткого опросника качества жизни и оценки по «Шкале боли». **Материал и методы.** В 2014 г. нами была сформирована группа пациентов, соответствующая Римским критериям. Данное соответствие было подтверждено путем исключения органического характера заболевания и наличием клинических характеристик. Отбор осуществлялся на поликлиническом уровне. В группу вошло 24 пациента. **Результаты и их обсуждение.** Пациентам после получения информированного согласия перед началом терапии предлагалось ответить на вопросы по краткому опроснику ВОЗ для оценки качества жизни и оценить интенсивность боли по «Шкале боли». Краткий опросник WHOQOL-BREF состоит из 26 пунктов и оценивает следующие широкие области: физическое здоровье, психологическое здоровье, социальные отношения и окружающую среду. «Шкала боли» имеет градацию от 0 — нет боли, 5 — средняя интенсивность, 10 — выраженная боль. Оценка осуществлялась до начала терапии, через две недели и через месяц. **Заключение.** Учитывая положительный опыт терапии пациентов с СРК на поликлиническом уровне, а также рекомендации Э.П. Яковенко (2011), можно рекомендовать использовать предложенные схемы терапии СРК с учетом его типа.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, качество жизни, эффективность.

Для ссылки: Спиридонов, А.В. Синдром раздраженного кишечника в практике врача-гастроэнтеролога: от механизмов возникновения до эффективной терапии / А.В. Спиридонов, Л.Р. Абсалямова, И.А. Гималетдинова // Вестник современной клинической медицины. — 2015. — Т. 8, вып. 6. — С.79—84.